Rok XXX. Kraków, 28 Lutego 1891. Nr. 9.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Postrzelenie mózgu.

Stwierdzenie przebiegu i siedziby kuli za życia

przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

Dnia 12 maja 1887 r. o godzinie 7-éj wieczór przywieziono z Granicy, pobliskiéj stacyi kolejowéj Król. Polskiego, do tutejszéj kliniki chirurgicznéj małą dziewczynkę lat $3^1/_2$ liczącą, Helenę Szczurównę, w stanie ciężkiego schorzenia. Ówczesny kierownik tejże kliniki kol. Doc. Dr. Trzebicky wezwał mnie do choréj. Dziewczynka ta dzień przedtem o godz. 7-éj wieczór nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności została ugodzoną w głowę kulą rewolwerową żandarma rosyjskiego i padła natychmiast bez przytomności. Już tutaj dla uzupełnienia przebiegu choroby nadmienić wypada, że ta ciężko obrażona dziewczynka jeszcze 6 dni żyła i dopiero 17 maja wieczór umarła.

Przy pierwszem oglądaniu dziecka stwierdziłem co następuje: W samym środku korzenia nosowego, w miejscu, gdzie odchodzą wyrostki nosowe kości czołowéj, znajdował się okrągły otwór o średnicy około $2^1/_2$ mm. Z tego otworu wydobywała się mała ilość cieczy surowiczo-krwawéj, a w otoczeniu tego otworu było podbiegnięcie krwawe i obrzęk. Trzeszczenia nigdzie nie było można stwierdzić. Chora na pozór leżała bez przytomności, skóra jej była zaczerwienioną i gorącą, język między zębami, tętno przyspieszone (164), liczba oddechów zwiększona (48), oczy zamknięte, powieki oka prawego, zwłaszcza dolna i górny kąt prawéj krwią podbiegłe i obrzękłe. Przy podnoszeniu prawéj, górnéj powieki widać było gałkę oczną naprzód wysuniętą, zupełnie nieporuszalną o źrenicy średnioszerokiéj, nie oddziaływającéj na światło. Oś oczna nieco ku dołowi zwrócona nie przesuwalna. Źrenica oka lewego słabo tylko na światło oddziaływała, gałka oczna sama się zwracała na prawo i lewo w linii pozioméj i okazywała ruchy wahadłowe jak przy *nystagmus*. Czy dziecko widziało i słyszało, nie było można stwierdzić. W każdym razie nie oddziaływało na bodźce wzrokowe i słuchowe, nawet na bardzo silne. Więcéj na podstawie zewnętrznego badania nie dało się stwierdzić.

Z tego wyniku można było odnieść wrażenie, jakoby dziecko z powodu ciężkiego obrażenia było w stanie zupełnéj nieprzytomności. A jednak dziecko było przytomne. Już po otwarciu względnie zdrowego oka dawała dziewczynka znaki niezadowolenia, jęczała z cicha, krzywiła twarz i poruszała kończyną górną i dolną prawą dość silnie, a wszystko to się jeszcze wzmagało, gdy chorą z łóżka podnoszono i chciano posadzić, zwłaszcza gdy ją lekko igłą kłóto. Wtedy jęczenie przechodziło w wyraźny płacz i kończyny prawe dość silnie bywały od siebie odrzucane.

Badanie czucia pouczyło, że chora dobrze oddziaływa, można było równocześnie stwierdzić, że czucie wszędzie, z wyjątkiem prawéj połowy czoła, było niezmienione. Dobrze także funkcyjonowały narządy smaku. Kawałeczek cukru, który włożono dziewczynce w usta, zgryzła i połknęła z pewnem zadowoleniem. Piła także chciwie mleko i wodę, którą jéj łyżeczkami podawano, przyczem się zakrztuszała, a część pokarmu płynnego wracała napowrót prawym kątem ust. A to z powodu porażenia prawego nerwu twarzowego. Gdy chora przy płaczu twarz krzywiła, poruszał się lewy kąt ust silnie na zewnątrz. Prócz tego wśród ciężkich warunków badania można było stwierdzić, iż dziecko przedtem zupełnie zdrowe, po tym przypadku straciło mowę. Ani jednéj zgłoski obecnie wymówić nie mogła. — Żucie, połykanie nie było utrudnione. Język również nie okazywał zmian. Szczękę dolną od górnéj łatwo można było odchylić, przyczem powstawały ruchy jak przy żuciu.

Zupełnie jednak były porażone mięśnie, które głowę ustalają. Skoro tylko dziecko posadzono, natychmiast główka opadała na piersi, lub ku tyłowi, przyczem dziecko żałośnie krzyczało i prawą rączką chwytało za głowę. Koń-

czyna górna lewa bardzo mało się tylko poruszała, a dolna była zupełnie niedowładną.

Przeciwnie zaś pobudliwość odruchowa była zwiększona i tak: po każdem ukłuciu w podeszwę następowały silne przykurczenia zginaczy podudzia, mięśni *tibialis anticus* i *peronei*. Kończyny zaś prawe, jak wspomniano, podlegały zupełnie woli. Odruchów ścięgnistych nie było.

Z wyniku tego badania okazuje się w krótkości co następuje: Utrata wzroku, słuchu i mowy przy utrzymanéj wrażliwości na bóle i na smak i przy utrzymanéj przytomności; porażenie głębokich mięśni grzbietu i następujących nerwów po stronie prawéj: n. twarzowego, wzrokowego, okoruchowego, bloczkowego, odwodzącego i pierwszéj gałęzi nerwu troistego, który jak wiadomo dostarcza skórze czoła gałązek czuciowych, w końcu porażenie połowicze strony lewéj. Ta cała grupa objawów porażenia obejmuje dwie różne, co do istoty, postacie porażeń.

Utrata mowy, słuchu, wzroku po obu stronach, porażenie połowicze i porażenie mięśni grzbietowych wskazała na zajęcie mózgu, więc na zaburzenie ośrodkowe.

Porażenie wszystkich nerwów ruchowych oka prawego i porażenie pierwszéj gałęzi prawego nerwu troistego i prawego nerwu wzrokowego, brak oddziaływania żrenicy i porażenie nerwu twarzowego mogło w téj grupie powstać tylko przez obwodowe uszkodzenie narządów zajętych.

Innemi słowy: Kula musiała z jednéj strony uszkodzić mózg, z drugiéj zaś strony cały szereg nerwów mózgowych. Obwodowo obrażone nerwy tworzą grupę, która po opuszczeniu mózgu, idzie w prawie ciągłéj lekko falistéj linii przez ten rąbek opony twardéj, który rozpoczynając się na przednim brzegu siodła tureckiego tworzy wewnętrzną granicę środkowego dołu czaszkowego i na szczycie kości skalistéj się kończy.

Do centralnych zaś porażeń musimy zaliczyć porażenie połowicze lewéj połowy ciała i porażenie mięśni karku — i jako takie oddzielić od innych tutaj istniejących porażeń.

Przyczyna centralnych porażeń mogła leżeć tylko w obrażeniu mózgu w obszarze płatu czołowego, a ponieważ ośrodek dla mięśni karkowych leży w dolnym płacie czołowym a dla kończyn w zwojach centralnych, które idą z zatoki Sylwiusza prosto ku górze i schodzą się właśnie z powyżéj wspomnianym rąbkiem opony twardéj; to też jeden i ten sam kanał postrzałowy mógł wywołać równocześnie obie grupy porażeń, z jednéj strony porażenie połowicze i porażenie mięśni karkowych, z drugiéj zaś strony zaburzenia w czynnościach wymienionych nerwów.

Opierając się na tych wynikach badania, określiłem w obecności kol. Doc. Trzebickiego i wielu słuchaczy następujący przebieg kuli: Musiała ona przebić kość sitową i oponę twardą po prawéj stronie siodła tureckiego. W jamie czaszkowéj przecięła nerw wzrokowy i musiała przebiegać przez wyrostek klinowy przedni małego skrzydełka kości klinowéj ku tyłowi i następnie dostać się wzdłuż prawego brzegu siodła tureckiego do szczytu kości skalistéj. Przypuściłem wreszcie, iż mogła ona ugrzęznąć w otworze słuchowym wewnętrznym. Albowiem mogła tylko w ten sposób uszkodzić prócz nerwu wzrokowego, bloczkowego, okoruchowego, odwodzącego i troistego, także jeszcze nerw słuchowy i twarzowy, które wspólnie wchodzą do otworu słuchowego wewnętrznego. W ten sposób i ten fakt się tłomaczył, że wszystkie nerwy zostały uchronione przed urazem, które poza kością skalistą w obszarze tylnego dołu czaszki przebiegają.

Inne chorobowe objawy, które chora oprócz opisanych porażeń okazywała, można było sobie łatwo wytłomaczyć jako tak zwane objawy porażenia „pośredniego“ *(indirecte Lähmungen)*.

Sądziłem, że należą do tych objawów, do których zaliczamy i porażenia pośrednie w napadzie apoplektycznym, — nie jakoby one powstały przez zniszczenie pewnéj części mózgu, lecz przez następowe zmiany, które zwykle pociągają za sobą zniszczenia w reszcie zdrowéj tkanki mózgowéj. Właśnie do kategoryi takich porażeń pośrednich wliczam utratę mowy, wzroku i słuchu. Przy określonym bowiem przebiegu kuli nie mógł uledz uszkodzeniu ani lewy nerw słuchowy, ani zwój Broki. A że i lewy nerw wzrokowy nie mógł uledz uszkodzeniu, choć on żadnych wrażeń wzrokowych nie przenosił, wynika to z prędkiego przenoszenia bodźców świetlnych na żrenicę. Gałka oczna wystawała naprzód z powodu wylania się krwi w okolicę szczeliny oczodołowéj górnéj, a przemawiało za tem podbiegnięcie krwawe dolnéj powieki.

Bardzo pouczającym był dalszy przebieg choroby. Jedna część ciężkich objawów ustąpiła w przeciągu dwóch następnych dni. Dnia 14 maja oddawała chora sama mocz, dobrowolnie otwierała lewe oko, przyjmowała lewą ręką podawane przedmioty. Szklankę z mlekiem sama zbliżyła do ust. A nawet słuch się poprawił i rozumiała widocznie, co jéj do lewego ucha mówiono. — Niestety polepszenie tylko krótko trwało. Stwierdzenie jednak tego polepszenia jest ważnem, albowiem wskazuje nam, że utrata mowy, wzroku i słuchu była tylko objawem pośredniego porażenia.

Już dnia 15 maja chora zaczęła niespokojnie się zachowywać i silnie około siebie uderzała nieporażonemi kończynami. 16-go była zupełnie nieprzytomną, przyczem lewe oko okazywało ruchy jak przy *nystagmus*. Niezrozumiałe bełkotanie świadczyło, że dziecko chce coś mówić. Lewą rączką chwytała ciągle za głowę i ile ją razy chciano odciągnąć, natychmiast jak sprężyna ku głowie wracała. Do tego wkrótce przyłączyło się oddechanie Cheyne—Stokesa i dziecko 17-go wieczór umarło.

Sekcyja (prof. Dr. Browicz) wykazała co następuje: Po otwarciu czaszki i oddaleniu opony twardéj widać było na powierzchni prawego płatu czołowego wybroczynę krwi, która była obfitszą w kierunku ku środkowemu dołowi czaszki. Przy wyjmowaniu mózgu można było stwierdzić zniszczenie tkanki mózgowéj na dolnéj powierzchni płatu czołowego, właśnie w miejscu, gdzie leży prawy płat węchowy, przyczem równocześnie prawy n. węchowy był zupełnie zmiażdżony. Nawet lewy nerw węchowy był wybitnie uszkodzony. — Z rany w mózgu szła bruzda, która w swoim przebiegu właśnie przechodziła przez miejsce, zkąd trzeci zwój czołowy od przedniéj bruzdy centralnéj wychodzi. Tak dochodził kanał postrzałowy do zatoki Sylwiusza, oddzielił od niéj żyłę, następnie zaś przecinając górny zwój skroniowy, a potem średni i tu się kończył. Brzegi całego kanału postrzałowego po nacięciu były krwią podbiegłe.

W kości zaś przebiegał kanał postrzałowy w następujący sposób: zaczynał się w samym środku wyrostków nosowych kości czołowéj, powyżéj kości nosowych i przebił blaszkę sitkową kości sitowéj, która była zupełnie zmiażdżona. Prócz tego *proc. clinoid. ant.* prawego małego

skrzydła kości klinowéj i prawy brzeg siodła tureckiego w zakresie tego zmiażdżenia był przebity. Prawy nerw wzrokowy i opona twarda były rozdarte. Nerwy, które w tym miejscu oponę przebijają, t. j. okoruchowy, bloczkowy i odwodzący były również zniszczone. Tu kończyła się zewnętrzna część kanału postrzałowego. — Wewnętrzna zaś przebiegała jak wyżéj opisano. Prócz tego opona twarda na tylnym wewnętrznym brzegu środkowéj jamy czaszki była przedziurawiona, a po odpreparowaniu opony wykazano, że i szczyt kości skalistéj przy otworze słuchowym wewnętrznym został uszkodzonym przez postrzał.

Kulę znaleziono poniżéj postrzelonego szczytu kości skalistéj pomiędzy nią a tylnym brzegiem dużych skrzydeł kości klinowéj, w miejscu gdzie z trzonu kości klinowéj odchodzi prawy wyrostek skrzydlaty.

Sekcyja zatem wykazała w zupełności przebieg kanału postrzałowego i siedzibę kuli zupełnie tak, jak to za życia rozpoznano.

Powyżéj opisany przypadek jest z wielu względów ciekawy. Z jednéj strony pokazuje on, że przytomność może być utrzymana mimo wielkiego zniszczenia mózgu, z drugiéj strony uszkodzenia takie wykazują, że kombinacyja takich porażeń może wywołać stan zupełnie podobny do rzeczywistéj utraty przytomności. Jakkolwiek nasza chora z powodu ciężkiego obrażenia przedstawiała stan bezprzytomności z powodu utraty mowy, ruchu wzroku i słuchu, mimo to w rzeczywistości była przytomną. Czuła bowiem ból, uczuwała co jest przyjemne a co nieprzyjemne, uczuwała głód i umiała go zaspokoić.

Przypadek ten i dlatego zdaje się być bardzo ważnym, albowiem dokładnie wskazuje nam przyrodę t. zw. „porażeń pośrednich“. Wiadomo bowiem, że po każdym insulcie apoplektycznym występują porażenia, z których część po napadzie ustępuje, część zaś pozostaje. Pierwsze nazywamy objawami ogniskowemi pośredniemi, ostatnie zaś bezpośredniemi. Tamte tłomaczymy sobie jako następstwa mechanicznych zmian w krążeniu prawidłowem mózgu udarem wywołanych, te zaś jako bezpośrednie następstwa wypadnięcia funkcyi z powodu zniszczenia tkanki przez krwotok. Nasz przypadek sprzeciwia się dotychczasowemu tłomaczeniu objawów pośrednich.

Gdyby utrata mowy, wzroku i słuchu u téj choréj była wywołaną jakiemikolwiek zmianami w krążeniu, w takim razie zmiany te musiałyby przy tak różnem położeniu miejscowem centrów mózgowych wyż wymienionych funkcyj dotyczyć całego mózgu, a w takim razie musiałoby powstać porażenie wszystkich kończyn, a nie jak u naszéj choréj porażenie połowicze. A że tak nie było, świadczy o tem to, iż nie cały mózg tylko pewne części takowego skutkiem urazu, nie bezpośrednio przez to obrażenie przestały funkcyjonować. Jest rzeczą uwagi godną, że do tych części należały ośrodek mowy, ośrodek wzroku i pole słuchowe. A więc części, które na półkuli choréj bezpośrednio tylko skutkiem porażenia zostały swych czynności pozbawione. Albowiem zostały eliminowane z czynności na półkuli prawéj trzeci zwój czołowy przez kanał postrzałowy, ośrodek zaś wzroku i słuchu skutkiem przerwania odpowiednich nerwów; pierwsze przynajmniéj o tyle, o ile przyjmuje włókna nerwowe od nerwu wzrokowego téj saméj strony.

A zatem straciły na półkuli nieobrażonéj swą czynność takie obszary, jakie na półkuli drugiéj skutkiem postrzału pozbawione zostały swych funkcyj.

Mamy więc tu do czynienia ze zjawiskiem, które należy tłomaczyć nie skutkiem wpływów mechanicznych lecz skutkiem wpływów nerwowych a więc fizyjologicznych,— ze zjawiskiem, którego właściwą istotę stanowi fizyjologiczna indukcyja narządów ustawionych bilateralnie i symetrycznie. Na indukcyję tę ja pierwszy zwróciłem uwagę, wyjaśniłem jéj istotę, znaczenie, znalazłem aparat nerwowy, stanowiący podstawę jéj, a opisawszy, nazwałem je funkcyjami bilateralnemi i symetrycznemi.[1])

Że centra psychomotoryczne kory mózgowéj pozostają do siebie w zależności bilateralnie czynnościowéj, to już w mych badaniach o ucisku mózgu wykazałem.[2])

Przypadek właśnie opisany uzupełnia w ciekawy sposób powyższe wyniki i uczy, że wszystkie sobie odpowiadające ośrodki obu półkul mózgowych stoją do siebie w takiéj saméj bilateralnie symetrycznéj czynnościowéj zależności, jakto dawniéj wykazałem co do czynności psychofizycznych czuciowych i czynności woli.

Wreszcie jeszcze zwracam uwagę na właściwy odruch prawéj górnéj kończyny, jaki podczas śpiączki u naszéj choréj zauważano. Gdy mianowicie dziecko zaczęło tracić przytomność, to i ramię prawe doznało pewnego ułożenia przymusowego ku głowie. Ile razy tę kończynę odciągano ku dołowi, tyle razy jak sprężyna wracała w wyż wspomniane położenie. Objaw ten bardzo wybitny możnaby nazwać „odruchem sprężynowym“.

[1]) Por. *Die Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunction.* Berlin. 1878. Hirschwald i *Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie u. normale Empfindung. Berl. klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 12. — *Ueber bilaterale Functionen. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin* 12/XII 1879. *Archiv v. Du Bois Reymond.* — [2]) *Hirndruck u. Hirncompression. Sitzungsberichte d. k. Akademie d. W. zu Wien.* Bd. 88. 1883, S. 325.

II. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

21 i 22 przyp. Baudry (*Essai sur la polycorie.* Paris, 1890) opisał dwa przypadki, pod nazwą trzy i dwuwzroczności. U 8-letniego chłopca, w prawem oku prócz zwykłéj źrenicy, w górnym i zewnętrznym wycinku tęczówki poza liniją wężykowatą, znajdują się dwa otwory: z tych dolny kształtu podługowatego, dłuższa średnica 2 mm. długa, jest oddzielony od brzegów rzęskowego i źrenicznego pasemkiem tkanki 1 mm. szerokiem, dolny mniejszy, okrągły, średnicy około 1 mm. jest posunięty bardziéj ku brzegowi rzęskowemu. Dno oka zupełnie prawidłowe (fig. 6). W drugim przypadku: u 35-letniego mężczyzny w górnym wycinku tęczówki znajdował się otwór dodatkowy, którego średnica wynosiła 1 mm. Jest on położony o 0,5 mm. ku górze od linii wężykowatéj. Dno oka zupełnie prawidłowe [1]).

[1]) Opisując w wyż wymienionych artykułach moich dwu i wielowzroczność, miałem na celu uznać w nich odrębną wadę rozwojową. Nie potrzebuję dodawać, że źrenice dodatkowe ani w moich przypadkach ani też w innych wielowzroczności dokładniéj opisanych, a w pracy niniejszéj przytoczonych wcale mięśni własnych nie posiadały, jednakże nie miały one również nic wspólnego ani ze szparami dolnego wycinka, mającemi spoidła (mostki), ani też z resztkami błony źrenicznéj. Inaczéj po-

23 przyp. Plange (*Arch. für Augenheilk.*, XXI., 2). 44-letni mężczyzna. W prawem oku źrenica w kierunku ku zewnątrz jest przeciągniętą tak, iż ma kształt gruszki od wąskiéj części, któréj obwódka barwikowa przechodzi w pasemko, to zaś w odległości 1 mm. w zupełny brak kształtu wrzecionowatego; długość jego wynosi 2 mm. i dochodzi prawie do samego rąbka rogówki. Rysunek tęczówki w części zewnętrznéj zawiera w miejscu promienistych linij zupełnie nieprawidłowe, barwa zaś jest jaśniejszą. W obrębie wspomnianego pasemka linija wężykowata jest przerwaną. Na przedniéj torebce soczewki, w części środkowéj, znajdują się złogi. W lewem oku od przeciągniętéj ku wewnątrz źrenicy również ku wewnątrz zmierzało barwikowe pasemko, natomiast braku w tęczówce już tu nie było. Na torebce przedniéj również znajdowały się złogi, nadto na brzegu ostrego cypla źrenicy znajdował się idący od tylnego listka tęczówki guziczek, zakończony pętlą téj saméj co złogi barwy, która przy ruchach oka falowała. Zdaniem Plangego w obu oczach mieliśmy wadę rozwojową, mianowicie szparę z mostkiem, z tą tylko różnicą, że w lewem oku szpara owa zarosła później już nie w postaci li tylko mostka, lecz zupełnie. W złogach na torebce soczewki i w utworze na brzegu źrenicznym położonym poznaje wprost resztki błony źrenicznéj. Pollak (*Arch. für Augenh.*, XXII., str. 286) opisał trzy przypadki szpary nieprawidłowéj, z tych dwa pierwsze przez prof. Fuchsa spostrzegane.

24 przyp. 50-letnia kobieta. Szpara lewéj tęczówki zupełna ku wewnątrz i ku górze, cała źrenica odsunięta w tym samym kierunku, szpara dochodzi prawie do samego brzegu rzęskowego. Linija wężykowata stopniowo ku brzegowi szpary zbliżając się, znika w pewnéj odległości od jéj brzegu rzęskowego.

25 przyp. U 76 letniéj kobiety w lewem oku źrenica miała kształt owalu prostopadłego (brzegi prócz jednego miejsca były zrośnięte z torebką), którego brzeg górny tworzył jakby ząb ku dołowi skierowany. W górnym wycinku tęczówka jest jakby zanikłą, zanik dotyczy jéj warstw przednich. W obu przypadkach z powodu zaćmy dno oka nie mogło być zbadanem.

26 przyp. 32-letnia kobieta. Lewe oko jest cokolwiek mniejsze. Dolną i zewnętrzną trzecią część rogówki tego oka zajmuje skórzak; odpowiednio do tego znaleziono nieznaczną szparę w górnéj powiece. Tylko skroniowa połowa źrenicy przedstawia się czarną, nosową połowę źrenicy zaciąga czyli właściwie zastępuje biała błona, która początek bierze z poza źrenicy, następnie doszedłszy do poziomu źrenicy i nosowego brzegu źrenicznego, przeistacza się w cienkie pasemko, które wzdłuż powierzchni tęczówki dochodzi do brzegu rzęskowego, nieopodal od którego oddaje jeszcze wyrostek ku górze i ku wewnątrz skierowany. Linija wężykowata znajduje się tylko w skroniowéj połowie tęczówki, która barwę ma ciemnobrunatną, przeciwnie w nosowéj połowie linii téj wcale niema, budowa jest jednostajną, a barwa w żółtą przechodzi. Dno oka prawidłowe. Na czole w kierunku ku dziurze nadoczodołowéj daje się spostrzegać porosłe włosami pasemko 2 ctm. długości, a 0 5 ctm. szerokości mające.

Przytoczę jeszcze dwa spostrzeżenia.

27 przyp. S. P., 34 letni mężczyzna silnéj i zupełnie prawidłowéj budowy. Prawe oko najzupełniéj prawidłowe. W lewem oku spostrzegamy zmiany następujące: szpara powiek jest cokolwiek węższą niż w prawem oku. Rogówka ma kształt owalu, którego dłuższa oś (pozioma) wynosi 14 mm., krótsza (pionowa) 11 mm. Przy oświetleniu bacznem łatwo się przekonać, że powierzchnia rogówki bardzo jest daleką od kształtu kulistego. Przy badaniu za pomocą wziernika rogówkowego (keratoskopu) otrzymujemy również odbicie w postaci bardzo wyciągniętego owalu. V = $^{20}/_{100}$, soczewka walcowa z osią pionową podnosi wzrok do $^{20}/_{50}$. Tęczówka barwy szarawo-błękitnéj, która w skroniowéj połowie staje się zielonkawą. Na przedniéj powierzchni tęczówki znajdujemy wyraźnie rozwiniętą linię wężykowatą, która jest oddaloną mniéj lub więcéj o 1 mm. od brzegu źrenicy; w nosowéj połowie tęczówki tworzy ona półgwiazdę o 5 promieniach, które dochodzą prawie do samego brzegu rzęskowego. Źrenica znajduje się bardziéj w nosowéj połowie tęczówki, jest okrągłą, szerokości ma przy zwykłem oświetleniu 4 mm. przy zmianie oświetlenia szybko się rozszerza i kurczy. W kierunku południka poziomego znajdujemy w tęczówce skierowaną wprost ku zewnątrz szparę, która dochodzi do samego brzegu rzęskowego; kształt ma jajowaty, długość wynosi 6 mm., największa szerokość (w środku szpary) 2 mm. Szpara ta jest zupełną, tylko nieopodal brzegu rzęskowego przecina ją w kierunku ukośnym cienkie pasemko tkanki. Brzeg źrenicy i brzeg szpary otacza czarne pasemko, bezwątpienia stanowiące znaczne przegięcie na przednią powierzchnię tylnego listka barwikowego. Wspomniałem już, że linię wężykowatą znajdujemy tylko w nosowéj połowie tęczówki; w skroniowéj połowie linija ta jest przerwaną: ku górze przecina po połowie kąt utworzony przez brzeg źrenicy i brzeg szpary, ku dołowi wprost zbliża się do samego brzegu szpary w odległości 1 mm. od brzegu źrenicznego. Skroniowa połowa tęczówki różniła się nietylko barwą, na powierzchni jéj linije promieniste były o wiele mniéj wyraźne. W soczewce, ciele szklanem, nerwie wzrokowym, siatkówce i naczyniówce żadnych zmian nie było, szpara też bezwarunkowo nie przechodziła za brzeg rzęskowy tęczówki (fig. 7).

28 przyp. 50-letni włościanin, budowy zupełnie prawidłowéj. W prawem oku dojrzała zaćma starcza, wrażenie światła prawidłowe, okiem tem widział uprzednio zupełnie dobrze. Prócz zaćmy żadnych zgoła zmian w oku ani też w częściach otaczających je nie znajdujemy. Lewe oko sprawia zrazu wrażenie oka operowanego na zaćmę według sposobu Graefego. W powiekach ani też w spojówce żadnych zgoła zmian nie dostrzegamy. Rogówka jest okrągłą, średnica jéj wynosi 13,5 mm. Tęczówka barwy brunatnéj; w odległości niespełna 1 mm. od brzegu źrenicznego spostrzegamy prawie zupełnie prawidłową linię, oddzielającą pas źreniczny od rzęskowego. W pasie rzęskowym niezbyt wyraźne linije rozchodzą się w kierunku promienistym, tylko w górnéj połowie tęczówki kierunek ten mniéj jest prawidłowym, mianowicie linije bardziéj zbliżają się ku pionowemu południkowi gałki. Źrenica przy zwykłem oświetleniu ma średnicę 3 mm.; wprost ku górze posiada szparę, która w kierunku ku brzegowi rzęskowemu coraz szerszą się staje tak, iż obok samego brzegu szerokość jéj wynosi przeszło 5 mm. Szpara ta jest zupełną i dochodzi tylko do brzegu rzęskowego tęczówki, gdyż ani w obrębie ciała rzęskowego, ani też w obrębie naczyniówki szpary zgoła nie było,

---

stąpił Baudry w przytoczonéj przezemnie pracy, gdyż nietylko uogólniał pojęcie o wielowzroczności, poświęcając osobny rozdział wielowzroczności nabytéj, nietylko zaliczył do wielowzroczności znany klasyczny przypadek przetrwania błony źrenicznéj przez Alfreda Graefego podany i szpary dolnego wycinka, mające spoidła, lecz napis jego przyp. XI. (na str. 13). Fano bezwarunkowo przedstawia wadę, którą zaliczyć należy wprost do wad błony źrenicznéj. Przeciwnie Franke w swéj pracy (*Ueber angeborene Polycorie, klin. Monatsbl.* 1889, August) mówi tylko o wrodzonéj wielowzroczności jako takowéj, a przez wpływy i zjawiska uboczne niewywołanéj. Zebrał on 19 przypadków wielowzroczności, które dzieli na 2 kategoryje: do pierwszéj zalicza (11 spostrzeżeń) nieznaczne przerwy w tkance tęczówki, które tłumaczy wraz z Manzem niedostatecznym rozwojem naczyniówki, przy współudziale wadliwego rozwoju lub zanikania błony źrenicznej. Do drugiéj kategoryi zalicza przypadki, podobniejsze raczéj do zwykłego oderwania tęczówki od brzegu (*iridodialysis*), za które też je poczytuje. Do téj kategoryi należy również własne jego spostrzeżenie. Każdy przytoczony przypadek autor najdokładniejszéj poddał krytyce. Pochodzenie zjawisk do dwóch kategoryj zaliczonych oczywiście zupełnie jest odmienne i mojem zdaniem, chcąc uniknąć w przyszłości nieporozumień, lepiéj wyrzec się empirycznego terminu dwu i wielowzroczności, którego zbyt często nadużywano. W takim razie prócz szpar ze spoidłami i przetrwania błony źrenicznéj, dla otworów dodatkowych w tęczówce poznaliśmy dwie tylko kategoryje: szpary nieprawidłowe i wrodzone oderwania brzegu tęczowki (*Iridodialysis congenita*).

a błony te miały wejrzenie zupełnie prawidłowe. Natomiast górną połowę tarczy nerwu wzrokowego otaczał stożek, posiadający dokoła barwikową obwódkę; na powierzchni jego zupełnie jak ścięgno wyglądającéj znajdowały się nieliczne kropki barwikowe. Kierunek, jaki naczynia przechodząc przez stożek przybierały, udowadniał w obrębie tegoż znacznego zagłębienia powierzchni. Nadto górna tętnica nosowa brała początek nie od środka tarczy, lecz od jéj brzegu górnego. Zresztą na dnie oka ani też w środkach łamiących żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Chory utrzymuje, iż okiem tem zawsze widział bardzo źle. Zez rozbieżny. $V = {}^{5}/_{200}$, pole wzrokowe zupełnie prawidłowe. Dwuwypukła soczewka $+ {}^{1}/_{12}$ i walcowata $+ {}^{1}/_{14}$ z osią pionową podniosły wzrok do ${}^{20}/_{100}$ (fig. 8).

Rzućmy teraz okiem na wyż przytoczone przypadki. Otóż znajdujemy wadę:

w obu oczach w 4 przypadkach; w prawem oku w 6 przyp.; w lewem oku w 16 przypadkach.

W przypadkach Quagliny i Bayera nie jest mi wiadomem, w ktorem oku szpara się znajdowała. W każdym razie dla nieprawidłowych szpar tęczówki sprawdza się powszechnie znany w teratologii oka fakt, że lewe oko znacznie częściéj ulega wadzie. Nadto w 6 przypadkach mieliśmy więcéj nad jednę szparę w jednem oku, w przypadku zaś Dubois aż 16 szpar w kierunku południków położonych. Zjawisko podobne opisałem („*Przegląd Lekarski*“ r. 1886) w szparze środkowéj oka: mianowicie w 2-gim moim przypadku mieliśmy dwie szpary w jednem oku: jednę właściwie środkową, drugą zaś ku dołowi. Najczęściéj szpary były oddzielone od brzegu źrenicznego za pomocą mostków.

Szpara nieprawidłowa miała kierunek:

ku wewnątrz w 6 przypadkach; ku górze i ku wewnątrz w 3 przyp.; ku zewnątrz w 6 przyp; ku zewnątrz i ku dołowi w 2 przyp.; ku górze w 6 przyp.; ku górze i ku zewnątrz w 3 przyp.; ku górze i ku dołowi w 1 przypadku; jednocześnie w rozmaitych kierunkach w 1 przypadku.

Prawie zawsze szpary były zupełne, to jest w tęczówce powstawały zupełne otwory. Zresztą, jeśli pod tym względem spostrzegamy niejaką rozmaitość, nie stanowi to jeszcze istoty rzeczy. Wielką rozmaitość napotykamy również w przypadkach prawdziwych szpar tęczówki i naczyniówki. Przypomnę tu tylko przypadek szpary naczyniówki anatomicznie przez Pausego (*A. f. Ophthalm.* XXIV, 2) zbadany, a w którym obraz kliniczny szpary naczyniówki był wywołany li tylko przez miejscową białopiętnicę (*leucosis*) nabłonka barwikowego.

Co się tyczy innych zmian jednocześnie w oku spostrzeganych, w jednym przypadku spostrzeżono ku zewnątrz wraz ze szparą zwrócone szpary w naczyniówce i nerwie wzrokowym, w 3 przypadkach stożki wrodzone (*Coni*) obok tarczy nerwu wzrokowego (v. Reuss, Bock i mój 2. przyp.), w jednym szparę w naczyniówce (2. przyp. Mittendorfa); w 2 zmiany zapalne w naczyniówce (De Lapersomie i Bock). Nadto w przypadku Bocka na torebce soczewki w obu oczach znaleziono złogi w postaci kropek brunatnych; w przypadku Schiessa włókna idące od brzegu do obrębu źrenicy i wreszcie w przypadku Plangego szarawo białe kropki, jako złogi na torebce soczewek obu oczu, a w lewem nadto guziczek, idący od tylnéj powierzchni tęczówki, a ruchomą pętlą w obrębie źrenicy zakończony. Zarówno w pierwszym jak i w ostatnim przypadku autorowie chcą przyznać bez ogródki resztki błony źrenicznéj. Wreszcie bezwarunkowo, gdzie tylko zwrócono na to uwagę, nietylko okolica tęczówki do saméj szpary przytykająca, lecz nawet dalsze jéj okolice (w caléj odpowiedniéj połowie tęczówki) znacznym ulegały zmianom, mianowicie rysunek tęczówki zupełnie się różnił od prawidłowego, możemy powiedzieć, że tęczówka odpowiedniéj połowy była jakby zanikłą, a w pierwszym moim przypadku spostrzegliśmy nawet zmianę barwy w odpowiedniéj połowie.

Chodzi nam teraz o wytłumaczenie powstawania wady. Przeciwko teoryi Ammona dla szpary dolnego wycinka przez czas dłuższy nikt zgoła nie powstawał. Późniejsze też spostrzeżenia najzupełniéj z nią licowały i zarówno badania anatomiczne, jak i fakty kliniczne przez bardzo długi czas najzgodniéj się składały na poparcie teoryi, przyznając przy istnieniu szpar w dolnym wycinku zupełny brak pierwocin ścian następczego pęcherzyka ocznego, przypadków zaś nieprawidłowéj szpary, to jest szpary poza obrębem dolnego wycinka przez dłuższy czas nie ogłaszano. Nic więc dziwnego, że Manz w swéj pracy o potwornościach oka stanął bezwarunkowo na gruncie teoryi Ammona. Wszakże w parę lat późniéj Manz sam (*klin. Monatsbl. f. Augenheil.*, 1876) znalazł w obrębie szpary naczyniówki przy badaniu anatomicznem pierwociny siatkówki, lecz wytłumaczył je w ten sposób, że zostały one wciągnięte z części otaczających szparę. Późniejsze badanie Haaba (*Arch. f. Ophthalm.* XXIV., 1, 1878) dowiodło, że w jego przypadku w obrębie szpary brakowało li tylko naczyniówki, że siatkówka przytykała bezpośrednio do białkówki i chociaż warstwy jej były ułożone bardzo nieprawidłowo, brakowało jednak tylko warstwy nabłonka barwikowego. Haab wypowiada w końcu zdanie: *dass die Theorie vom Offenbleiben, verspäteten oder blos partiellen Schluss der Foetalspalte für die Genese des Coloboms nicht festgehalten werden kann, sondern dass andere Ursachen aufgesucht werden müssen, die vermuthlich in der Gefässentwickelung innerhalb der werdenden Chorioidea liegen* (str. 271).

Pierwsze to było wystąpienie przeciwko powszechnie przyjętéj teoryi. Bardziéj stanowczo wystąpił przeciwko niéj w roku 1881 Deutschmann (*klin. Monatsblätter f. Augenh.*). Zdaniem jego w ogóle wszystkie tak zw. rozwoje wstrzymane oka stanowią li tylko zejście spraw zapalnych z okresu zapłodkowego, szpara zaś naczyniówki (względnie tęczówki) stanowi zejście *sclero-chorio-retinitis intrauterina.* Holtzke (*Arch. f. Augenheilk.* XII., 2), Thalberg (*Arch. f. Augenh.* XIII., 1) i Da Gama Pinto (*Arch. f. Augenheilk.* XIII., 1) badaniem anatomicznem oczu szparę posiadających chcieli dowieść słuszności teoryi Deutschmanna. Z powodu opisu jednego przypadku szpary oka (*Pam. Tow. lekarsk. Warsz.* 1882 i *Centralbl. für prakt. Augenh.*, Mai, 1882) zwróciłem uwagę na okoliczność, że sam Deutschmann badał tylko oczy królika, zrodzonego z rodziców, którym oczy sztucznie były uszkodzone, że Thalberg w swym przypadku wcale nie uwzględnił sprawności oka, w przypadku Höltzkego również królik był nadto małookim, w przypadku da Gama Pinty istniało zapalenie ciałka rzęskowego. W istocie na mocy takich tylko danych tworzyć teoryję i stwierdzać ją było chyba za śmiało. To też ze wszystkich wad rozwojowych oka teoryja Deutschmanna dotąd daje się zastosować chyba do szpary środkowéj. Wytłumaczenie jéj za pomocą niezarośnięcia szpary zapłodkowéj od dawna napotykało trudności. Schmidt-Rimpler już w 1880 (*Arch. f. Ophthalm.* XXVI., str. 22) wypowiedział zdanie, że szpary plamy żółtéj stanowią wadę rozwojową, nic wspólnego nie mającą ze szparą zapłodkową oka. To samo zdanie wypowiedziałem i ja w monografii szpary środkowéj oka (*Przegląd Lekarski* z roku 1886). Późniejsi badacze van Duyse (*An. d'ocul.* 1886 Sept. Oct. i 1887 août.) i Silex (*Arch. f. Augenh.* XVIII., 3) nie przyznając również żadnego stosunku szpary środkowéj do szpary zapłodkowéj, chętniéj skłaniają się ku teoryi Deutschmanna; nie mogę tu wszakże przemilczeć o przypadku przez Dora opisanym (*Revue génér. d'ophtalm.* r. 1888), w którym szpary środkowe były w obu oczach najzupełniéj symetryczne, nadto u osobnika małogłowego, która to okoliczność najwyraźniéj zdradza rozwój w istocie powstrzymany. (C. d. n.)

III. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7.)

Pogląd Baumgartena, mający na pierwszy rzut oka cechy prawdopodobieństwa po bliższem rozpatrzeniu nie wytrzymuje krytyki, chociażby już z tego względu, że istnieje cały szereg przypadków, gdzie, obok dość znacznych nawet zboczeń przegrody nosa, niema przerostu muszel i *vice versa:* są przypadki z kolosalnie przerosłemi, dotykającemi przegrody nosa muszlami jedno lub obustronnemi przy symetrycznem zupełnie *septum.*

W moich przypadkach na 200 w 80 tylko istniały mniéj lub więcéj wyrażone przerosty muszel. bądźto dolnych, bądź średnich, z jednéj lub obu stron, w pozostałych 120 przypadkach muszle były normalnéj wielkości lub nawet w różnych fazach zaniku.

Löwy i Schech również odmawiają słuszności poglądowi Baumgartena.

Do II éj kategoryi przyczyn, wywolujących zboczenia przegrody nosa odnieść należy: nierównomierny rozwój części składowych *septi.* Zwolennikami teoryi téj między innymi są Schaus, Roser, Walsham, Stewart, wreszcie Schech, który tak się wyraża: „gdy chrząstka (*cartilago quadrangularis septi*) rośnie w stosunku do kości (*vomer* i *lamina perpendicularis ossis ethmoidei*) szybciéj i silniéj, musi się ona z boku wygiąć, nie mogąc tego uczynić w kierunku ku górze i dołowi. Jeśli rośnie ona jeszcze daléj, tworzą się oście i ościste listwy".

Voltolini teoryi téj zarzuca, że jest niejasną, bo jakaż jest przyczyna tego nierównomiernego rozwoju? Jako taką niektórzy (Löwy) podają krzywicę (*rhachitis*), inni (Bronner) robi odpowiedzialnemi wyrośla adenoidalne. Ten ostatni pogląd nie wytrzymuje krytyki. Na 200 moich przyp. zaledwie w 12 obok zboczeń przegrody nosa istniały jednocześnie i wyrośla adenoidalne, najprawdopodobniéj jako powikłanie tylko tego cierpienia.

Woakes również tworom tym nie przypisuje żadnego ważniejszego znaczenia na powstawanie *deviationis septi.*

Już daleko więcéj prawdopodobnem jest przypuszczenie Löwyego.

Wogóle co do etyjologii zboczeń przegrody nosa, zdaniem mojem, należy w pewnych przypadkach przypuścić urazowe (traumatyczne) pochodzenie tego cierpienia, w przeważnéj jednak liczbie przypadków musimy przypuścić nierównomierny rozwój części, składających przegrodę nosa, jako etyjologiczny moment w powstawaniu zboczeń téj przegrody.

Dodać tu jeszcze winienem, że i niektóre sprawy chorobowe, n. p. przymiot i wilk mogą w następstwie spraw bliznowatych (retrakcyjnych) wywołać zboczenie przegrody nosa (G. Stoker). Casselbery *deviationes septi* przy jednostronnym nieżycie przewlekłym nosa czyni zależnym od zwiększonego ciśnienia atmosfery.

O b j a w y zależne od zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodnéj natury i w pierwszéj linii zależą od stopnia (natężenia) cierpienia. I tak przy nieznacznych niepowikłanych zboczeniach — najczęstszych, jak to poprzednio wykazaliśmy, zazwyczaj brak wszelkich objawów tak, że tylko przypadkowo o cierpieniu tem się dowiadujemy. Na 200 moich przypadków w 92, a więc prawie w połowie, chorzy szukali méj porady nie dla cierpienia nosa, gdyż brak był zupełnie objawów ze strony tego narządu, lecz dla zaburzenia ze strony innych organów, jak gardła, krtani i uszu. Ciekawym jednak jest ten fakt, że w 5 na 15 przypadków, w których *deviatio septi* było bardzo silnie wyrażone, chorzy również nie szukali méj porady na nos, lecz na jeden z powyższych narządów. Wskazuje to, jak należy być ostrożnym w ocenianiu zboczeń przegrody nosa, a przedewszystkiem we wskazaniach dla operacyjnéj interwencyi.

Przy nieznacznych, lecz skomplikowanych przypadkach *deviationis septi*, objawy mogą zależeć od owych komplikacyj, a więc najczęściéj przerosłych muszel (na 200 przyp. w 80), rzadziéj już wyrośli adenoidalnych (na 200 w 12 przyp.) lub polipów (na 200 przyp. w 5).

O powikłaniu zboczeń przegrody nosa przerostem muszel wspominają również Bryson Delavarde i Jarvis. Gleitsman utrzymuje, że najczęściéj bywają przerosłe średnie muszle z czem ja się nie zgadzam, gdyż w moich przypadkach częściéj znajdowałem przerost dolnych muszel.

Przy średnich, a jeszcze więcéj znacznych zboczeniach przegrody nosa, jama nosa odpowiadająca wypukłości *septi*, jest mniej lub więcéj zwężoną, względnie niedrożną dla powietrza. Acz bardzo rzadko, może ona jednak zatykać zupełnie światło odpowiedniéj jamy nosa, jeśli wypukłością swą dotykać będzie ścianki zewnętrznéj nosa resp. muszel. Czasem się zdarza, że i zewnętrzne wejrzenie nosa przedstawia się mniéj lub więcéj znacznie zmienionem: nos nachyla się w tę lub ową stronę (według Zuckerkandla przy zboczeniu *septi ossei* resp. jéj przedniéj części, zbacza i *septum cartilaginosum*, co i wpływa na część chrząstkową nosa).

Objawy, wywołane zaburzeniami przegrody nosa dają się podzielić na dwie główne grupy: 1) zależne od zatkania nosa resp. mechaniczne; 2) zależne od ucisku na nerwy, t. zw. odruchowe.

Co się tyczy pierwszych, to można stanowczo przypuścić, że *deviationes septi* stanowią jednę z najczęstszych przyczyn nieżytów nosa i jamy nosogardzielowéj ze wszystkiemi ich następstwami. Rzecz prosta, że mowa tu tylko o znaczniejszych stopniach zboczeń przegrody nosa. I tak po za miejscem zwężonem w odpowiedniéj jamie nosowéj, zwężeniem zależnem od skrzywienia lub wyrostka przegrody, ciśnienie atmosferyczne jest mniéj lub więcéj zmniejszone, stąd przekrwienie i obrzmienie błony śluzowéj, zwłaszcza zaś tych części jéj, które pokrywają muszle, co prowadzi do przewlekłych przerostów tych ostatnich.

Przy bardzo znacznych stopniach *deviationis septi* nie tylko w zwężonéj jamie występują opisane powyżéj zmiany, lecz i w drugiéj (rozszerzonéj), która otrzymuje całą ilość powietrza, przeznaczoną dla obu jam nosa.

Jako następstwa tego utrudnionego oddechania przez nos wymienić należy cały szereg objawów, jak oddechanie z ustami otwartemi (we dnie i w nocy), stąd owe bardzo nieprzyjemne dla chorych uczucie zasychania ustawicznego w gardle, wywołanego zmianami zanikowemi błony śluzowéj i jéj gruczołowych elementów, jednem słowem występuje tu ta postać cierpienia, którą znamy pod nazwą *„pharyngitis sicca"*. Czasami zaś przeciwnie elementy gruczołowe błony śluzowéj gardziela ulegają wskutek podrażnienia przerostowi i wtedy mamy do czynienia z t. zw. *pharyngitis granulosa s. follicularis.* Nierzadko do uczucia zasychania dołącza się jeszcze chrapanie, sen niespokojny itd. Daléj wskutek nieżytowego stanu błony śluzowéj nosa wydzielina staje się obfitszą. Ponieważ zaś wydalenie jéj *per vias naturales*, t. j. przednie otwory nosa, jest mniéj lub więcéj utrudnione wskutek zwężenia wywołanego zboczeniem *septi*, przeto wydzielina ta zatrzymuje się, nagromadza w zbyt wielkiéj ilości po za miejscem zwężonem, zasycha tam, staje się gęstszą, zmienia się jéj barwa na brudno szarą, tworzą się strupy, które się rozkładają, czego rezultatem jest zazwyczaj foetor, jednem słowem następuje cały szereg zmian zanikowych na błonie śluzowéj nosa, zmian, noszących nazwę *rhinitis atrophicans, ozaena.*

Jako więcej oddalone zmiany spotykamy w tem cierpieniu zmiany na błonie śluzowéj krtani, która ulega również przewlekłemu nieżytowi wskutek drażnienia powietrzem, pozbawionem zwykłéj wilgoci i czystości, jakie zyskuje przechodząc przez normalne jamy nosowe.

Co się tyczy innych objawów, to krwawienie z nosa (*epistaxis*) stosunkowo rzadko bywa następstwem zboczeń przegrody nosa. Najczęściéj powstaje ono wskutek zranie-

nia miękkich części nosa (najczęściéj muszel), ma to zwłaszcza miejsce, gdy oście lub ościste listwy dotykają ostrym kantem przeciwległych muszel (Mackenzie).

Anosmia również może być bezpośrednio następstwem zboczeń *septi*, jak tego dowodzi przypadek Parkera. Powstawać ona może w ten sposób, że przy znacznéj *deviatio septi* substancyje woniejące mogą nie dochodzić do *regio olfactoria*.

Daléj zboczenia przegrody stanowią często przeszkodę w wykonywaniu niektórych operacyj w nosie (np. polipów, przerosłych muszel), a nawet w pewnych razach utrudnia badanie resp. wprowadzenie wziernika nosowego.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa wywierać mogą ujemny wpływ na stan uszu w podwójny sposób; wywołując nieżyt nosa ewent. rozszerzenie się sprawy na trąbkę Eustachiusza lub ucho środkowe, a powtóre istniejące, jako powikłania, sprawy chorobowe trąbki lub jamy bębenkowéj nie dają się skutecznie (np. za pomocą kateteryzacyi) leczyć.

Według M. Mackenziego i Browna zboczenia przegrody mogą wpływać ujemnie na głos.

Do II éj kategoryi objawów należy odnieść szereg t. zw. odruchowych. Baratoux i Heryng przypuszczali nawet istnienie oddzielnéj *„zona reflectoria“* w tylnym odcinku przegrody, gdyż dotknięcie tego miejsca sondą wywoływało owe zwrotne objawy (kaszel, kichanie itd.) Obecnie jednak powszechnie przyjętym jest pogląd B. Fraenkla, że odruchy występować mogą z każdego punktu nosa.

Do objawów odruchowych odnieść należy: kichanie (przyp. Natiera), kaszel, uczucie zaduszania (Wood), astmatyczne napady (Heymann), daléj łzawienie, spazm oka, bóle u podstawy nosa, czołowe. Ciekawy przypadek przytacza Bartual: po usunięciu (galwanokaustycznem) zboczenia przegrody znikły bóle, świdrujące w części chrząstkowéj występujące uporczywie przy jedzeniu i mówieniu.

Bóle w obrębie nerwu twarzowego i trójdzielnego nierzadko bywają następstwem owych zboczeń Heymann wspomina o *paraesthesia pharyngis*, zależnéj od *deviatio septi narium*. Długotrwała bezsenność w przypadku Creswell Bobera ustąpiła po usunięciu zboczenia przegrody nosa.

Tu po części odnieść można ciekawy przypadek Schecha nerwicy naczynioruchowéj wydzielniczéj: młody człowiek po upadku na nos zaczął doznawać przy każdem podwyższeniu ciepłoty dziwnego, niezwykle obfitego pocenia się końca nosa, tak że pot formalnie kroplami spływał, a lekkie nawet potarcie końca nosa wywoływało obfite krwawienie. Objektywnie dało się wykryć zboczenie przegrody oraz silne rozgałęzienie naczyń chrząstkowéj części przegrody.

R o z p o z n a n i e zboczeń przegrody nosa, w obec powyższych danych, nie powinno zdaje się napotykać na żadne trudności. Minęły bezpowrotnie te czasy, kiedy *deviatio* i *cristae septi* brano za nowotwory (polipy), jak o tem wspominają Velpeau i Zuckerkandl, a nawet jako takie operowano (Voltolini).

R o k o w a n i e w większości przypadków dobre. Skoro tylko mamy pewność (względną), że dane objawy czy to bezpośrednio od zboczeń przegrody zależne, czy to odruchowe, rzeczywiście wywołane są owemi zboczeniami wtedy leczenie racyjonalne (chirurgiczne) po większéj części usuwa raz na zawsze powyższe objawy.

L e c z e n i e zboczeń przegrody nosa podzielić można na: 1) objawowe (palliatywne), polegające na usuwaniu następstw, a więc nieżytu przewlekłego nosa itd.

2) radykalne, polegające na usunięciu samego zboczenia. To ostatnie znowu może być: a) ortopedyczne t. j. prostowanie przegrody nosa za pomocą specyjalnych instrumentów; b) operacyjne, mające na celu usunięcie zboczenia drogą krwawą.

Przejście od ortopedycznego do operacyjnego (krwawego) leczenia stanowią: 1) żegadła galwaniczne i 2) elektroliza.

Co się tyczy leczenia objawowego, to o niem mówić tu nie będę, nie wchodzi to bowiem w zakres niniejszéj i tak już zbyt może obszernéj pracy. Dodać tu tylko muszę, że w przypadkach zboczenia przegrody powikłanych, czy to przerostami znacznemi muszel, czy to polipami, czy wreszcie wyroślami adenoidalnemi, te ostatnie cierpienia przedewszystkiem usuniętemi być winny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Weterynaryja.

Prof. K a d y j: **O potrzebie zasadniczéj reformy studyjów weterynaryi**

Wielka doniosłość nauk weterynarskich tak dla umiejętności lekarskich, jakoteż dla zdrowia i mienia ludzi z jednéj strony, wadliwe urządzenie studyjum weterynaryi w Austryi, nieodpowiadające nowoczesnemu stanowi nauk weterynarskich ani też potrzebom do wykonywania praktyki z drugiéj strony, skłoniły autora do powyższéj publikacyi, w któréj wykazuje wadliwości w porządku studyjum weterynaryi, obowiązującego obecnie w austryjackich szkołach weterynaryi, podając zarazem wskazówki, według których reformę tychże szkół przeprowadzić należy. Bodźcem i zachętą do téj pracy były dla autora zdobycze, jakie wywalczyły sobie szkoły weterynarskie w Niemczech dzięki usiłowaniom reprezentantów weterynaryi na polu naukowem, jakoteż poparciu najznakomitszych powag lekarskich jak Virchowa, Voita, Gerlacha, Leiseringa, Wehenkla, Schneidemühla i wielu innych. Uznane one bowiem zostały w najnowszych czasach jako szkoły główne (*Hochschulen*) i wyposażone taką organizacyją, która im zapewnia odpowiednie stanowisko i pomyślny rozwój jako ogniskom naukowym.

Za najdotkliwsze i zasadnicze braki obecnego porządku studyjów w Austryi uważa prof. K. niedostateczne ogólne wykształcenie u kandydatów szkół weterynarskich, oraz zanadto krótki czas studyjów, niedozwalający nawet umysłowo dojrzałym przyswoić sobie należycie cały obszar nauk, które wchodzą w zakres studyjów weterynaryi. Następstwem tych braków, powiada daléj prof. K., bywa, że weterynarze opuszczający szkoły nie zawsze posiadają *minimum* naukowego i zawodowego wykształcenia i że wskutek tego zmuszeni są nieraz po otrzymaniu dyplomu uzupełniać swoje wykształcenie i w rozmaitych kierunkach mozolnie zdobywać sobie różne wiadomości. Na dowód, że w obecnym stanie rzeczy szkoły weterynarskie nie uzdolniają do samodzielnéj pracy, powołuje się na znane zresztą fakta, że weterynarze, którzy zajęli katedry, prawie wszyscy musieli uzupełniać swoje wykszałcenie naukowe w innych zakładach, mianowicie w wydziałach lekarskich. Że obecnie wymagane przy wstąpieniu do szkoły świadectwo z ukończonéj 6 klas jest niewystarczające, przytacza prof. K. na podstawie katalogów i protokółów egzaminacyjnych ze szkoły weterynarskiéj lwowskiéj za czas od r. $188^1/_2 - 188^7/_8$ następujące daty: Z młodzieży nieposiadającéj matury 58% wystąpiło wkrótce po wstąpieniu albo przepędziwszy bezskutecznie 1—2 lat na I. roku. Przyczyna zaniechania studyjów leżała prawie zawsze w braku odpowiedniego uzdolnienia. Z tych, którzy wytrwali, 25%, otrzymało dyplomy z uzdolnieniem znakomitem, z maturzystów zaś 36%. Wszyscy maturzyści otrzymali dyplom w czwartym roku po rozpoczęciu studyjów, podczas gdy z uczniów nieposiadających matury 66% uzyskało dyplom w czwartym roku, 24% w piątym, a reszta 10% dopiero po 6 roku. Opierając się na tych danych oraz na doświadczeniu własnem i grona profesorów, wykazuje, że obecnie obowiązujący trzechletni kurs nietylko nie wystarcza do nabycia niezbędnych fachowych wiadomości, lecz że nawet profesorowie w tak krótkim czasie nie są w stanie z wyczerpującą gruntownością traktować wykłady, aby słuchacze w całéj pełni mogli z nich korzystać. Z tych więc przytoczonych powodów żąda prof. K. od uczniów pełnego wykształcenia, to jest egzaminu dojrzałości, oraz rozszerzenia studyjów z 3 na 4 lata. Nie podziela on przytem obawy, aby frekwentacyja znacznie się zmniejszyła, albowiem już obecnie wstępuje wielu maturzystów, a gdyby zresztą nastąpiła, będzie ona przemijającą

i trwać tylko kilka lat. W dalszym ciągu swéj pracy udowadnia prof. K., że studyja weterynarskie należy urządzić według tych samych zasad, jak i studyja lekarskie, albowiem istota nauk weterynarskich, ich treść, ich metody i praktyczne zastósowanie, są zupełnie te same co w medycynie ludzkiéj, a różnią się od niéj tylko o tyle, o ile organizmy zwierząt ssących różnią się od ustroju ludzkiego pod względem anatomicznym, fizyjologicznym i patologicznym. Przedkładając następnie program naukowy studyjów weterynarskich, zaznacza w nim przedewszystkiem, że uczniowie weterynaryi nim przystąpią do właściwych nauk lekarskich muszą zapoznać się gruntownie z naukami przyrodniczemi i specyjalnemi gałęziami bijologii, przyczem zwraca uwagę lekceważących weterynaryję, że budowa ciała zwierząt ssących i zjawiska fizyjologiczne organizmu zwierząt domowych bynajmniéj nie są prostszemi i łatwiéj zrozumiałemi, aniżeli u człowieka.

Ażeby jednak szkoły weterynarskie po dokonanéj reformie wydały dobre owoce, sądzi autor, że należy przedtem usilnie się starać, aby ministerstwo wojny zaprzestało wychowywać kurszmidów (konofalów), szkodzących niezmiernie stanowisku i materyjalnemu bytowi weterynarzy.

Rzecz cała opracowana jest we wszystkich szczegółach ze znaną u autora gruntownością i ścisłością i zasługuje z tego tytułu na wszelkie uznanie, tembardziéj jeszcze, że jest na czasie. Należy więc mieć nadzieję, że władze kompetentne ocenią należycie przedłożony im przez szan. autora projekt i urządzą studyjum weterynaryi tak, że przyszli weterynarze będą mogli podołać wymaganiom społeczeństwa, kraju i państwa oraz będą zdolni do samodzielnéj pracy naukowéj na polu umiejętności lekarskiéj. *Dr. Walentowicz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Dr. N e u m a n n (Wiedeń): **O anatomicznych i klinicznych zmianach błony śluzowéj pochwy.**

Rozróżniamy następujące postacie zapaleń pochwy: 1) *Vaginitis acuta diffusa*; 2) *V. chron. diffusa*; 3) *V. acuta papul*.; 4) *chron. pap.*; 5) *aphthosa*; 6) *vesiculosa*; 7) *atrophica*. Do tego szeregu przyłączyć jeszcze należy *V. inflammatoria idiopathica*, któréj istnieniu niektórzy lekarze przeczą. Ponieważ pochwa nie ma gruczołów śluzowych, a pokrytą jest grubą warstwą przybłonka, winna być dość odporną wobec wszelkich wpływów chorobowych, ale gęsta sieć naczyń limfatycznych i krwionośnych, jakoteż szyjka maciczna zazwyczaj przybłonka pozbawiona, odporność tę czynią iluzoryczną. Zresztą błona ta zachowuje się zupełnie jak skóra. W zapaleniu ostrem przybłonek szerokiemi płatami odpada, a rozrost okrągłych komórek szczególniéj wzdłuż naczyń jest ogromny. Przeciwnie w przebiegu zapalenia przewlekłego warstwa przybłonkowa grubieje, komórki powierzchowne tracą jądra i rogowacieją. Naciek komórkowy w saméj warstwie mięśniowéj grupuje się w ogniskach wzdłuż naczyń przebiegających. W *vaginitis papulosa acuta* widzimy na brzegach fałdów guziczki ciemno czerwone, łatwo broczące. Powiększone brodawki nacieknę komórkowo wypychają *rete Malpighi*. Przy dłuższem trwaniu znamiona te przybierają jeszcze więcéj cech trwałych i powstaje obraz *Vag. pap. chron.* W *vaginit. atrophica* warstwa przybłonkowa grubieje, przyczem *rete* jakoteż sama *cutis* wskutek zaniku i spłaszczenia się komórek cieńczeje. Wytwarza się dużo tkanki łącznéj, która ugniata naczynia. Wskutek tego błona śluzowa jest bladą, spłaszczoną i gładką, ścięgnisto połyskującą. Występuje ona zazwyczaj po licznych porodach i nie powinno się jéj brać za zanik starczy. *Vaginitis aphthosa* często występuje równocześnie z aftami w ustach i zupełnie takie same zmiany przedstawia, fakt, który dotychczas ani ginekologom ani syfilidologom nie był znany. W błonie śluzowéj pochwy nie mamy ani gruczołów łojowych, ani potnych, ani cebulek włosowych z ich pochewkami i odpowiednią siecią naczyń. Zmiany więc patologiczne nie grupują się w około tych ognisk, jak tu ma miejsce w chorobach skórnych, lecz rozpływają się jednostajnie po całéj błonie, tworząc zawsze tym sposobem postać rozsianą, a nie ogniskową zapalenia. (*D. m. W.*, 1890, Nr. 37). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Doc. Dr. P a l t a u f: **O wpływie gazów wybuchowych prochu na krew i o nowym objawie postrzału z bliska**

Wszystkie cechy postrzału z pobliża padającego są wywołane: samym nabojem, płomieniem, gazami wybuchowemi prochu, jako czynnikiem mechanicznym, pakułami i niespalonemi ziarnami prochu. Ztąd pochodzą obrażenia powłok zewnętrznych w postaci rany, oparzenie skóry okalającéj otwór postrzałowy, osmolenie skóry sadzą i punktowate zabarwienienie téjże, pochodzące od niespalonych ziarn prochu, które w niéj utkwiły. P. dodaje do tych cech tylko działaniem mechanicznem wywołanych cechę nową, polegającą na zmianie chemicznéj hemoglobiny pod wpływem gazów wybuchowych.

Zauważył on, że otwór postrzału u licznych samobójców w zakładzie prof. Hofmanna sekcyjonowanych, posiada otoczkę jasno - wiśniowéj barwy zwłaszcza po oddzieleniu skóry najlepiéj w warstwie mięsnéj uwidoczniającéj się. Wyciąg wodny z warstwy téj sporządzony daje w spektroskopie dwie smugi absorbcyjne α i β podobnie jak rozczyn krwi zwykłéj tylko nieco ku końcowi fijoletowemu przesunięte. Wstrząsanie rozczynu tego na powietrzu nie zmienia wcale obrazu spektralnego, a dolanie siarczku amonu zaledwie lekkie zaciemnienie jasnéj smugi między α i β wywołuje.

Odczyny z ługiem sodowym, z kwasem garbnikowym, chlorkiem rtęciowym i t. d. były podobne do tych, które są właściwe krwi zawierającéj COHb. Celem przekonania się, czy w istocie jasna ta obwódka pochodzi od połączenia się Hb z tlenkiem węgla w gazach wybuchowych prochu zawartym, przeprowadził szereg doświadczeń, spalając różne gatunki prochu przy dostępie powietrza i bez tegoż tak, aby gazy na próbki podstawionéj krwi zwykłéj działać mogły i przekonał się, że barwę jasno wiśniową zawdzięcza obwódka ta tlenkowi węgla, powstającemu przy spaleniu prochu. P. sądzi, że nowa ta cecha na znaczeniu zyska, gdy proch bezdymny miejsce zwykłego w zupełności zajmie. Prawdopodobnem bowiem być się zdaje, że proch bezdymny zawiera nitrocelulozę, dającą około 30% tlenku węgla przy spaleniu. Gdy z użyciem tego prochu wiele z dotychczasowych cech postrzału z bliska odpadnie, nowa cecha na znaczeniu zyska. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, Nr. 51—52).

Dr. Wachholz.

Choroby kobiece.

Dr. H e i t z m a n n (Wiedeń): **O użyciu kąpieli borowinowych Mattoniego w chorobach kobiecych.** — (*Hensers Verlag — Berlin Neufeld*).

Przetwory borowinowe firmy Mattoniego uzyskały w lecznictwie zupełne prawo obywatelstwa. Coraz częściéj też literaturę lekarską zasilają rozprawy lekarzy poważnych, skuteczność tych przetworów omawiające. Sztuczna borowina ma rozległe wskazania, działa ona uzdrawiająco w chorobach polegających na niedostatecznéj lub wadliwéj przemianie pierwiastków, wspomaga działanie nerek i skóry, a przedewszystkiem przyczynia się do wzmocniania i jędrnienia tkanek, przyspiesza krążenie limfy i krwi i ztąd pochodzi jéj znakomita siła resorbcyjna. Własność ta otwiera jéj w ginekologii szerokie pole działania. Skutecznością borowiny w tym dziale chorób zajął się ostatniemi czasy Dr. Heitzmann, a spostrzeżenia swoje w obszernéj pracy umieścił. Przeczytawszy ją przychodzimy do przekonania, iż kąpiele borowinowe nie są zabiegiem leczniczym, który lekceważyć można. W uporczywych i na cały organizm niekorzystnie wpływających cierpieniach kobiecych borowina jest lekiem energicznym i skutecznym, a wiedząc, jak cierpienia te są uporczywe i jak często cierpliwość lekarza i choréj na próbę wystawiają, ginekologowie nie powinni o borowinie, jeżeli tylko jest wskazaną, zapominać. H. w pierwszéj połowie swéj pracy zaznajamia nas z składnikiem chemicznym borowiny, a mianowicie soli i ługu. Omawia daléj sposób przyrządzania kąpieli i ich użycia i zastanawia się nad fizyjologicznem ich działaniem. W drugiéj części zajmuje się specyjalnie działaniem borowiny w chorobach kobiecych.

Borowina przedewszystkiem działa zadziwiająco w cierpieniach przewlocznych; wszystkie przypadki świeże połączone z podwyższeniem ciepłoty albo takie przypadki chroniczne, które czasami zaostrzają się, nie nadają się do leczenia borowinowego. Ciąża także należy stanowczo do przeciwwskazań. Nie należy jéj używać u osób z choremi płucami lub sercem. Leczyć więc borowiną będziemy chroniczne cierpienia jajników, macicy, jéj błony śluzowéj, jakoteż wysięki około i pozamaciczne. Także cierpienia pochwy i części rodnych zewnętrznych nadają się do leczenia borowinowego, a mianowicie wobec znacznego zwiotczenia warg wstydliwych, przedsionka i osłabienia mięśnia *constrictor cuni*, w przypadkach, gdzie wejście do pochwy jest ciągle rozwarte, co niekorzystnie na jéj błonę śluzową wpływa. Szczególną uwagę zwraca autor na działanie borowiny w zmianach położenia macicy. Czy mamy przed sobą *flexio*. czy *versio*, czy opad macicy, borowina wzmacniając i czyniąc jędrniejszemi więzadła maciczne, do ustalenia tego organu znakomicie się przyczynia. Kąpiele te, według autora często daleko skuteczniéj działają, aniżeli nieprzyjemne krążki i *pessaria*. Twierdzenia swoje popiera autor liczną kazuistyką z swéj praktyki wziętą, a na końcu książeczki umieszcza tablicę, która w sposób graficzny poprawę stopniową w przebiegu chorób czytającemu uwidocznia. *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Willy Stroh: **O nieprawidłowościach w wydzielaniu chloru w chorobach żołądka.**

S. badał wydzielanie chloru w moczu w ten sposób, że zbierał mocz w porcyjach trzechgodzinnych i oznaczał ilość chloru według sposobu Vollharda z modyfikacyją Salkowskiego. Ilości chloru w kale nie oznaczał, także nie w pokarmach, te jednak były u wszystkich osób do doświadczenia użytych jednakie. Zdrowe osoby wydzielają średnio 16 g. chloru na dzień. Pewna regularność krzywizny wydzielania chloru w przeciągu 24 godzinnego okresu była przytem widoczną i można ją było nawet jeszcze stwierdzić w stanie głodzenia. Wyniki uzyskane u chorych na żołądek, potwierdzają to, co Stricker, Gluziński i inni już opisali. Wykazało się mianowicie, że wydzielanie chloru z moczem w chorobach żołądka może być zupełnie prawidłowe. Tak ma się rzecz we wrzodzie żołądka bez powikłań i w niestrawności nerwowéj z nadmierną kwasotą, w błednicy itd. Powiększenia wydzielania chloru nigdy nie spostrzeżono, natomiast zmniejszenie jako objaw regularnie towarzyszący przewlekłemu nadmiernemu wydzielaniu z rozstrzenią. W tych przypadkach była wartość chloru uderzająco mała i nie powiększała się wybitnie, jeżeli żołądka nie przepłukiwano. Znaczne zmniejszenie wydzielania chloru można było stwierdzić u kilku chorych z rakiem żołądka. Ponieważ w obu przeciwnych obrazach chorobowych okazuje się tak znaczne zmniejszenie się chlorków w moczu, dlatego należy przyznać rozstrzygający przytem wpływ przeszkodzie w wsysaniu, mogącéj być raz wielką, drugi raz małą. (*Rozpr. inaugur.* Giessen). *Dr. Bf.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 4 b. m. znowu demonstracyje Virchowa wzbudziły żywe zajęcie. Jednym z przedstawionych preparatów były płuca mężczyzny, zmarłego po 12 injekcyjach, które przedstawiały obraz t. zw. *Phthisie mélanique* Baylea. Jest to karnifikacyja tkanki płucnéj, która równocześnie zajęta jest pylicą węglową; w dwóch miejscach wytworzyła się *pneumonia dissecans* wywołana cierpieniem tkanki międzyzrazikowéj. Drugi przypadek okazuje możliwość przejścia ostréj hepatyzacyi w zgorzel, na co poprzednio już V. zwrócił uwagę. Wreszcie przedstawił preparaty z dziecka, które dotknięte było gruźlicą stawu biodrowego i w pierwszych dniach leczenia nie okazywało żadnych zmian w płucach. Wykonana resekcyja zdawała się mieć rezultat pomyślny. Po 15 injekcyjach i zastosowaniu 0·0445 grm. limfy Kocha dziecko zmarło Sekcyja wykazała rozległą gruźlicę prosówkową, która szczególniéj rozszerzyła się była w szpiku uda zajętego sprawą gruźliczą, w płucach i wątrobie. Ciekawem jest, że u tego dziecka, $3^3/_4$ lat mającego, istniały głębokie owrzodzenia ochrzęstny w okolicy chrząstek nalewkowych. W końcu przemówienia zwraca się V. przeciwko zarzutom Neissera (patrz „Przegląd Lek.“ Nr. 6) i wypowiada przytem życzenie, aby lekarze o kolegach swoich oględniéj się wyrażali. (*Deut. med. Woch.* Nr. 7).

Na następnem posiedzeniu odbytem w dniu 11 lutego Virchow, odpowiadając na zaczepki pism lekarskich i nielekarskich, w dłuższéj przemowie wypowiedział zapatrywania swoje co do działania leczniczego środka Kocha, oparte na dotychczasowem doświadczeniu. Tkanka gruźlicza, powiada V., składa się z trzech części: z właściwego gruzełka, z tkanki (granulacyjnéj), która około gruzełka przed lub po nim powstała i wreszcie z produktów wypocinowych. Trzeba zatem odpowiedzieć na pytanie, na którą z tych części składowych środek Kocha właściwie działa. Na razie można tylko tyle powiedzieć, że bezpośredniego działania jednostajnego i stałego na gruzełki jako takie nikt dotąd nie widział. W ogólności gruzełki zachowują się rozmaicie, w miarę umiejscowienia, a wpływ środka Kocha na nie jest różny. O wygojeniu gruzełków można mówić tylko wtedy, jeżeli naokoło nich wytworzy się zbita tkanka łączna, która je otarbia; zwyrodnienia tłuszczowego z następową resorbcyją gruzełka nie zauważa się. Co się tyczy prątków gruźliczych, to Koch sam stanowczo oświadczył, że takowe pod wpływem środka jego nie ulegają zmianie.

Natomiast tkanki otaczające gruzełki wpływowi limfy Kocha więcéj ulegają niż gruzełki same. Jest to korzystne z tego względu, że przez rozpad téj tkanki gruzełek sam staje się wolnym i może być z ustroju wydalonym; jednakże z drugiéj strony zagraża niebezpieczeństwo, jak tego mamy liczne przykłady, że te zmiany w tkance otaczającéj mogą przybrać takie rozmiary, iż zagrażają życiu chorego.

Środek Kocha przyspiesza pewne okresy przemiany wstecznéj i rozpadu, które i bez jego wpływu przychodzą do skutku powoli. Stanowczo można bowiem zaprzeczyć mniemaniu, jakoby pod wpływem tego środka występowała w tkankach jakaś sprawa, któraby i bez jego udziału się nie pojawiała, ale przebieg tych procesów jest o wiele szybszy, co może także być wśród niektórych okoliczności dla chorego korzystnem.

Następnie zastanawia się Virchow nad opisywanem przez autorów wyjawnianiem stłumień w płucach. Zdaniem jego są to zmiany w natężeniu zapalenia nieżytowego płuc (*pneumonia catarrhalis*), które towarzyszą sprawie gruźliczéj płuca, a które w zwykłym przebiegu gruźlicy częstym ulega przemianom. Ogniska zserowaciałe nie mogą uledz resorbcyi, bo albo się otarbiają, albo są przyczyną wytworzenia się jam — w każdym razie na miejscu, gdzie one się znachodzą, nie może przyjść do wyjawnienia odgłosu stłumionego. Nie ma żadnego spostrzeżenia, któreby przemawiało za tem, że środek Kocha sprzyja wytworzeniu się sprawy induracyjnéj i otarbianiu się ognisk serowatych zbitą tkanką włóknistą. Owszem V. ma uzasadnione podejrzenie, że środek ten już otorbione masy uwalnia i w ten sposób ognisko. które na pozór przynajmniéj było nieszkodliwe, staje się dla chorego niebezpiecznem. (*Wien. med. Bl.* Nr. 8). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XV w dniu 4 lutego 1891 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w ciągu r. 1890. Zmarło 5 członków, a mianowicie Dr.: Czengery, Gawroński, Goebel, Lutostański i Radek. Przybyło 4 prenumeratorów a mianowicie Drowie Gluziński Lesław, Momidłowski Walery, Strumieński Adam i Sysak Gabryjel. Liczba

członków wynosi z końcem 1890 r. 217 (honorowych 3, czynnych 110, prenumeratorów 104)

W ubiegłym roku wydało Towarzystwo tylko trzecharkuszową monografiję Dra Władysława Harajewicza p. t. „Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich według metody Thure-Brandta". zachowując zebrane fundusze do wydania kilku obszerniejszych dzieł oryginalnych, które przygotowują się do druku.

Rozsprzedaż dzieł poprzednio wydanych postępuje prawidłowo, albowiem z odbitych 7700 egzemplarzy pozostaje nierozsprzedanych 2941 egz. Uczniowie medycyny tak krakowskiego Uniwersytetu, jakoteż innych Uniwersytetów, otrzymują na żądanie wszystkie dotychczas wydane dzieła po cenach niezmiernie tanich.

2) Na wniosek Przewodniczącego oddano przez powstanie cześć zmarłym członkom Towarzystwa.

3) Na wniosek komisyi kontrolującéj (Dr. Buszek i Dr. Ściborowski), która rachunki z r. 1889 znalazła w zupełnym porządku, udzielono Zarządowi Wydawnictwa absolutorium. — Do zbadania rachunków z r. 1890 i stanu kasy wybrano tę samą komisyję kontrolującą.

4) Na wniosek Zarządu Towarzystwa uchwalono wydawać w luźnych $1\frac{1}{2}$—3 arkuszowych zeszytach monografije i rozprawy oryginalne z zakresu medycyny praktycznéj.

5) Skarbnik Doc. Dr. Grabowski przedstawia stan funduszów: W dniu 1 Stycznia 1890 r. majątek Wydawnictwa wynosił 5510 złr. 01 ct. W roku 1890 dochód wynosił 876 złr. 80 ct. (a mianowicie składki członków 187 złr. 82 ct., rozsprzedanie dzieł 459 złr. 68 ct., odsetki i kupony 229 złr. 30 ct.); rozchód wynosił 150 złr. 82 ct. (koszta wydania monografii Dra Harajewicza 91 złr. 70 ct., rozsełka dzieł 6 złr. 82 ct., pensya administratora 50 złr., wydatki pocztowe i kancelaryjne 2 złr. 30 ct.). Nadwyżka dochodów wynosi więc 725 złr. 98 ct. Z dniem 1 Stycznia 1891 r. majątek Wydawnictwa wynosi więc 6235 złr. 99 ct., z czego znajduje się 14 złr. 39 ct. w gotówce a reszta w książeczkach wkładkowych Kasy Oszczędności i Towarzystwa zaliczkowego i w papierach wartościowych.

6) Na następne dwulecie wybrano prezesem założyciela Towarzystwa i dotychczasowego prezesa prof. Dra Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Dra Oettingera, a do Zarządu Wydawnictwa weszli ci sami członkowie a mianowicie: skarbnikiem wybrano Doc. Dra Grabowskiego, podskarbim i sekretarzem Dra Surzyckiego, członkami Wydziału: prof. Dra Blumenstoka, Dra Kwaśnickiego i prof. Dra Pieniążka, a zastępcami proff. Gluzińskiego, Jaworskiego i Obalińskiego i Drów Buszka, Paszkowskiego i Wiszniewskiego. Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VI. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 26 lutego. Wśród ważnych spraw z zakresu sanitarnego, które wymagają rychléj i gruntownéj reformy, zajmuje pierwsze miejsce rewizyja ustawy z r. 1872, odnoszącéj się do studyjów i egzaminów lekarskich. Tak samo bowiem jak organizacyja lekarzy gminnych ma i ta ustawa za zadanie postarać się, aby nad ludnością rozciągali opiekę lekarską lekarze wykształceni wszechstronnie teoretycznie i praktycznie, rzeczywiści *doctores universae medicinae*, których zadaniem byłoby nietylko leczenie, lecz także zapobieganie chorobom, stosownie do wymagań higijeny i ustaw policyjno-sanitarnych.

Ministerstwo spraw wewnętrznych i oświaty dokonawszy w roku zeszłym reformy studyjów farmaceutów, przygotowuje obecnie materyjał celem przedsięwzięcia reformy studyjów i egzaminów lekarskich, a spodziewać się należy, że powołane do poruszenia téj kwestyi fachowe pisma wezmą udział w dyskusyi nad tą ważną sprawą. Za pierwszy krok w powyższym kierunku uważać należy rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 1 go lutego 1891 r. L. 641, wydane do władz politycznych krajowych następującéj treści:

„Aby uzyskać podstawy do dokonać się mającéj rewizyi ustawy o studyjach i rygorozach lekarskich, postanowiło Ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem oświaty zasięgnąć opinii dyrektorów i prymaryjuszów większych szpitali, w których stosownie do ustawy z dnia 15-go kwietnia 1872 lekarze po osiągnięciu stopnia doktora obejmują obowiązki, co do stopnia naukowego wykształcenia i wprawy młodych lekarzy a mianowicie według spostrzeżeń z ostatnich lat dziesięciu

Aby te cenne wskazówki jaknajrychléj uzyskać i stosownie zużytkować było można, żechce c. k. . . . . . odnośne opinije, względnie wnioski gron prymaryjuszów większych szpitali krajowych lub miejskich, uzyskane za pośrednictwem dyrektorów tych zakładów, których również o zdanie w téj sprawie zapytać należy, przedłożyć do 1-go marca r. b. i to wraz z własnemi zapatrywaniami i wnioskami".

Po raz pierwszy daje powyższem rozporządzeniem Ministerstwo sposobność gronom w téj mierze najkompetentniejszym do wyjawienia zdania o ujemnych stronach obecnego sposobu uczenia i egzaminowania. To też należy mieć nadzieję, że grona prymaryjuszów przedłożą opinije wytrawne, uzyskane na podstawie wieloletnich spostrzeżeń, a sądząc na podstawie zdań niejednokrotnie objawionych śród rozmów prywatnych, położą zapewne nacisk na praktyczne kształcenie uczniów medycyny, zamiast niepotrzebnego zajmowania ich zoologiją, mineralogiją, botaniką a po części nawet fizyką. Należy się również spodziewać, że i dla przedmiotów, wchodzących obecnie w zakres egzaminów t. z. fizykackich a mianowicie higijeny, policyi sanitarnéj i psychijatryi znajdzie się z czasem miejsce śród ścisłych egzaminów lekarskich. *Dr. Schaitter.*

* W sobotę d. 28 b. m. odbędzie się w Krakowie rzadka uroczystość. JE. tajny radzca Józef M a j e r, czerstwy na ciele i na umyśle, w dniu tym obchodzić będzie j u b i l e u s z d o k t o r s k i 60-letni. Wydział lekarski, którego był wychowańcem, a następnie profesorem, dziekanem i przełożonym jako rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, uchwalił wręczyć mu adres, który wręczy mu dziekan na czele członków Wydziału lekarskiego; Towarzystwo lekarskie reprezentowane przez komitet swój złoży życzenia Jubilatowi czcigodnemu, jako swemu zawsze życzliwemu orędownikowi i Nestorowi lekarzy galicyjskich.

* Sekcyja przygotowawcza medycyny wewnętrznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie odbyła III-cie posiedzenie w dniu 17 lutego b. r., na którem 1) uproszono p. Doc. Dra P o n i k ł ę o podjęcie się koreferatu o leczeniu klimatem swoiskim i Dra St. M o m i d ł o w s k i e g o koreferatu o metodzie O'Dwyera. 2) Przyjęto do wiadomości, że Dr. P r u s z y ń s k i z Warszawy podejmuje się referatu „o ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób". 3) Przyjęto zgłoszone wykłady: Dra A. S o k o ł o w s k i e g o: „Przyczynek do patologii gardła" i Dra H. D o b r z y c k i e g o: „Rzecz o klimatoterapii".

Sekcyja przygotowawcza medycyny wewnętrznéj uprasza wszystkich kolegów o rychłe nadsyłanie tytułów odczytów na VI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie pod adresem prof. K o r c z y ń s k i e g o, a szanowne Redakcyje pism lekarskich o powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

* Na odbytem w przeszły piątek walnem posiedzeniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu proponowani przez Wydział lek. przez aklamacyję wybrani zostali członkami honorowymi.

* Praca Dra B e c k a o oznaczaniu lokalizacyi czynności mózgu i rdzenia za pomocą objawów elektrycznych, ogłoszona w rozprawach Akademii krak. i w *Centralbl. f. Physiologie* w r. 1890, zwróciła na siebie uwagę zagranicy. Prof. fizyjologii H e r z e n w Lozannie zdał z niéj obszerną sprawę w *Revue Scientifique* z 31 stycznia 1891, bardzo pochlebną i listownie odniósł się do autora z prośbą o wyjaśnienie niektórych szczegółów.

* Wydział krajowy d. 13 lutego 1891 r. mianował Dra Jana Stella-Sawickiego Radcą Wydziału krajowego *„ad honores"*, w uznaniu jego sumiennéj, gorliwej i skutecznéj pracy, którą jako Inspektor poświęcił uporządkowaniu i rozwojowi szpitali w kraju.

* W tygodniu 6 tym (8—14-go lutego) było w Krakowie małżeństw 27, urodzin 70, skonów 48 (33·49), z tych z gruźlicy 14, z dławca i zap. płuc po 4, z duru brzusznego 2.

* Dowiadujemy się, że M a c M i l l e n, wydawca słownika lekarskiego w kilku językach, zgłosił się do kol. Dra F r i t s c h e g o w Warszawie z propozycyją, aby jeden z lekarzy polskich podjął się redakcyi działu polskiego w tym słowniku.

*** Nekrologija** W Berlinie umarł tajny radzca lekarski Dr. Herman Quincke, licząc lat 85, ojciec Henryka prof. kliniki lek. w Kielu. — W Potsdamie zmarł słynny optyk prof. Dr. Edmund Hartnack w 66 roku życia. Jak wiadomo pracował on wspólnie z fizykiem warszawskim Prażmowskim w Paryżu od r. 1864 do 1870, a wydalony z Paryża po wojnie, przeniósł się do Potsdamu, oddawszy zakład paryzki Prażmowskiemu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4 marca b. r. o godzinie 6 tej wieczorem zwyczajne posiedzenie w *Collegium physicum* (ul. św. Anny, lectorium I., sala wykładowa prof. Łazarskiego). — Porządek dzienny: 1) kol. Idziński: Przedstawienie chorego z wycięciem kawałka tętnicy i żyły udowéj lewéj. 2. Dalszy ciąg sprawozdania o działaniu limfy Kocha (koll. Browicz, Gluziński i Pieniążek). 3) kol. Pieniążek: Wyjęcie kaniuli z lewego oskrzela. 4) kol. Opieński: O przyczynach wywołujących zmiany w prawidłowéj konsystencyi moczu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.